

# CUESTIONARIO DE SALUD

A continuación se exponen una serie de preguntas relacionadas con enfermedades y otros aspectos relativos al estado de salud. En el caso que usted presente, o haya presentado a lo largo de su vida, alguno de estos problemas, rogamos marque la casilla de respuesta afirmativa con una X. En el apartado de observaciones, por cada respuesta afirmativa indique el diagnóstico (si lo conoce), la fecha de presentación y la situación actual. Es importante que aporte los INFORMES MÉDICOS de que disponga. Assistència Sanitària se compromete a garantizar la total confidencialidad del contenido de este cuestionario.



**Advertencia: Se ruega al interesado responda a todas las preguntas de manera completa y precisa, absteniéndose de sustituir las contestaciones por líneas u otros signos.**

Nombre y Apellidos .....  
 Domicilio/Código postal/Población .....  
 NIF/NIE..... Fecha de nacimiento ..... / ..... / ..... Edad ..... Sexo ..... Estado civil ..... Número de hijos   
 Profesión ..... Peso ..... kg. Estatura ..... m. Teléfonos ..... / .....  
 ¿Ha estado asegurado anteriormente en nuestra entidad?  NO  SÍ (fecha de baja): .....  
 ¿En los últimos 12 meses ha estado asegurado en otra entidad?  NO  SÍ (indique cuál): .....  
 ¿Pertenece a la Seg.Social?  NO  SÍ ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica?  NO  SÍ (indique cuál): .....  
 ¿En este momento tiene un problema de salud?  NO  SÍ (en qué consiste): .....

## INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

En el caso que lo hayan intervenido quirúrgicamente, indique por cada intervención el motivo, la fecha en la que se realizó y la existencia de secuelas.

	Motivo	Fecha	Secuelas
Intervención 1	.....	.....	.....
Intervención 2	.....	.....	.....

## INGRESOS HOSPITALARIOS

En el caso que usted haya necesitado ingresar en un centro hospitalario indique el motivo y la fecha de cada ingreso, exceptuando aquéllos motivados por intervenciones quirúrgicas o partos. ¿Le ha quedado algún defecto o secuela? ¿En qué consiste? .....

	Motivo	Fecha	Secuelas
Ingreso 1	.....	.....	.....
Ingreso 2	.....	.....	.....

## A. APARATO CARDIOVASCULAR

	NO	SÍ		NO	SÍ		NO	SÍ
A.1 Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.5 Arritmias / palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.9 Trombosis / Tromboflebitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.2 Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.6 Aumento de colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.10 Aneurisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.3 Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.7 Dificultad respiratoria al esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.11 Soplos cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.4 Hipertensión arterial(*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.8 Varices en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.12 Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. OBSERVACIONES: (\*Si tiene hipertensión arterial indique las cifras de tensión y la medicación que toma) .....

## B. APARATO RESPIRATORIO

	NO	SÍ		NO	SÍ		NO	SÍ
B.1 Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B.3 Tuberculosis pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B.5 Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.2 Bronquitis crónica / enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B.4 Dificultad respiratoria/ahogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

B. OBSERVACIONES: .....

## C. SISTEMA NERVIOSO

	NO	SÍ		NO	SÍ		NO	SÍ
C.1 Infarto /embolia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C.3 Temblores/dificultad marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C.5 Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.2 Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C.4 Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

C. OBSERVACIONES: .....

## D. APARATO DIGESTIVO

	NO	SÍ		NO	SÍ		NO	SÍ
D.1 Cólicos biliares/litiasis biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D.5 Cirrosis hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D.9 Hernia abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.2 Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D.6 Úlcera de estómago o duodeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D.10 Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.3 Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D.7 Heces negras o con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
D.4 Hepatitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D.8 Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

D. OBSERVACIONES: .....

## E. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

	NO	SÍ	Corrección visual	NO	SÍ	Graduación	NO	SÍ	
E.1 Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E.5 Miopía*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	E.9 Afonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2 Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E.6 Astigmatismo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	E.10 Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.3 Trastornos de retina o mácula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E.7 Hipermetropía*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
E.4 Trastorno de la audición/oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E.8 Otros*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			

E. OBSERVACIONES: (\*En caso de llevar gafas o lentes de contacto indique el motivo y las dioptrías correctoras por cada ojo).....

### F. APARATO LOCOMOTOR

F.1 Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.5 Patología de la rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.9 Patología de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.2 Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.6 Material de osteosíntesis por retirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.10 Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.3 Hernia discal/ciática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.7 Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
F.4 Escoliosis/desviación columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.8 Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

F. OBSERVACIONES: .....

### G. GENITOURINARIO - NEFROLOGÍA

G.1 Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.3 Problemas prostáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.5 Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.2 Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.4 Cólicos de riñón / litiasis renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.6 Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. OBSERVACIONES: .....

### H. ENDOCRINOLOGÍA

H.1 Diabetes tratada con insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.3 Trastornos de tiroides / paratiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.2 Diabetes no tratada con insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.4 Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. OBSERVACIONES: .....

### I. ENFERMEDADES CONGÉNITAS

I.1 Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I.3 Espina bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I.5 Cardiopatías congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I.2 Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I.4 Labio leporino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I.6 Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. OBSERVACIONES: .....

### J. TRASTORNOS PSÍQUICOS

J.1 Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J.4 Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J.7 Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J.2 Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J.5 Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
J.3 Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J.6 Otras psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

J. OBSERVACIONES: .....

### K. GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA

K.1 Enfermedades mamarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K.4 Enfermedades ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K.2 Parto (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K.5 Actualmente está embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K.3 Abortos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K.6 Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. OBSERVACIONES: (\* Indique las fechas) .....

### L. OTRAS ENFERMEDADES

L.1 Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.4 Secuelas de enfermedades previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.6 Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.2 Drogodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.5 Cáncer o tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.7 Alteraciones sanguíneas o de los ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.3 Anticuerpos HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				L.8 Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. OBSERVACIONES: (\* Recuerde que por cada respuesta afirmativa debe especificar el diagnóstico, la fecha, la situación actual y aportar los informes médicos) .....

### M. MEDICACIÓN

En caso que usted tome medicamentos de forma habitual, indique los nombres comerciales, la dosis y el tiempo que lleva tomándolos.

	Nombre medicamento	Dosis	Fecha inicio tratamiento
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....

### N . OTROS PROBLEMAS NO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE

.....

Recuerde que por cada respuesta afirmativa debe especificar el diagnóstico, la fecha y la situación actual y aportar los informes médicos.

Declaro estar informado de mi derecho de acceso, rectificación, cancelación i oposición de los datos personales de salud aportados que podrán ser ejercitados delante ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS (Av. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona). Asimismo, afirmo que son exactas y veraces todas las circunstancias por mí declaradas en el presente "Cuestionario de Salud" que servirán de base al contrato a suscribir. He sido informado que, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley de Contratos de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, la persona asegurada perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose la entidad la facultad de rescindir automáticamente el contrato.

..... de ..... de .....

NIF/NIE .....

(firma)

En nombre propio.

Como tomador del seguro (habiendo contrastado las respuestas con el asegurado) o familiar mayor de edad.